

## · 骨伤科护理 ·

## 自拟健康教育计划单在人工髋关节置换护理中的应用

徐照英

(浙江省诸暨市第六人民医院, 浙江 诸暨 311801)

**摘要** **目的:**探讨自拟健康教育计划单在人工髋关节置换护理中的应用效果。**方法:**将 198 例人工髋关节置换术后的患者随机分为观察组和对照组, 每组 99 例。对照组采用传统健康教育和常规护理; 观察组在此基础上采用健康教育计划单进行适时的宣教和功能锻炼指导。出院前比较 2 组患者髋关节功能评分情况、并发症发生情况、健康知识掌握情况及对护理的满意度。**结果:**①2 组患者护理前后 Harris 评分差值比较, 差异有统计学意义( $t=8.430, P=0.001$ ); ②2 组患者并发症发生情况、健康知识掌握情况及对护理工作的满意度比较, 差异有统计学意义( $\chi^2=7.044, P=0.008$ ;  $\chi^2=20.339, P=0.000$ ;  $\chi^2=7.248, P=0.007$ )。**结论:**采用健康教育计划单对人工髋关节置换术患者实施护理, 在增强患者康复锻炼的积极性、促进髋关节功能恢复、减少并发症、提高患者健康教育的效果和护理满意度方面优于传统健康教育方法。

**关键词** 髋骨折 股骨颈骨折 健康教育 关节成形术, 置换, 髋 康复护理

目前人工髋关节置换术已成为一项比较可靠而成熟的技术被广泛应用于髋关节疾患的终末治疗中。成功的外科手术可以治疗髋关节的病变, 恢复髋关节的解剖结构, 而适时的健康教育和正确的功能锻炼指导是保证和巩固手术效果、预防并发症、促进患者功能康复的重要环节。传统的健康教育方法多以文字叙述和口头指导为主, 但是由于患者的文化程度和理解能力不同, 存在患者容易忘记、主动性不强、护士因工作忙而减少健康教育程序等缺陷, 达不到预期效果。2006 年 3 月至 2009 年 6 月, 我们将自拟健康教育计划单应用于 198 例人工髋关节置换术后患者的

护理中, 取得了良好的效果, 现报告如下。

## 1 临床资料

本组 198 例, 男 86 例, 女 112 例。年龄 59 ~ 94 岁, 中位数 73 岁。均为人工髋关节置换术后的患者。所有患者均为首次接受髋关节置换术且均为单侧, 无严重脑血管意外、精神异常等不能配合锻炼者。

## 2 方法

**2.1 分组方法** 将 198 例患者随机分为观察组和对照组, 每组 99 例。2 组患者性别、年龄、护理前 Harris 评分及手术方式间差异均无统计学意义, 具有可比性(表 1)。

表 1 2 组患者性别、年龄、护理前 Harris 评分、手术方式的比较

组别	性别(例)		年龄(岁)	护理前 Harris 评分	手术方式(例)			
	男	女			全髋置换	半髋置换	骨水泥固定	非骨水泥固定
观察组	42	57	71.80 ± 10.50	12.50 ± 5.78	63	36	52	47
对照组	44	55	74.00 ± 9.80	11.50 ± 4.85	62	37	50	49
检验统计量	$\chi^2=0.082$		$t=1.524$	$t=1.319$	$\chi^2=0.022$		$\chi^2=0.081$	
P 值	0.774		0.795	0.657	0.883		0.776	

**2.2 健康教育方法** 对照组采用传统的健康教育和常规护理。观察组在此基础上按照健康教育计划单(表 2)有计划地进行适时的健康教育和康复锻炼指导。在计划实施之前对患者说明每项宣教的目的、意义及对术后功能恢复有何影响, 使其积极配合; 将每个锻炼的动作示范给患者, 并将每个动作制成图文并茂的教育卡片发给患者或家属, 同时向其说明每个动作的注意事项。责任护士根据患者的需要每天按计划单内容进行健康教育和评价, 对于患者已掌握的内

容打“√”, 未掌握的内容打“×”, 继续给予宣教指导, 直至患者能自觉采取有利于康复的行为。

## 2.3 疗效评价

**2.3.1 髋关节功能评分情况** 按照 Harris 髋关节功能评分标准<sup>[1]</sup>进行评定。出院时由专业人员对其进行评定。

**2.3.2 并发症** 包括肺部感染、尿路感染、关节僵硬、便秘。

**2.3.3 健康知识掌握情况** 依据健康教育计划单内

容自制问卷表,对问卷表上的每个问题设 3 个评价标准,即掌握、部分掌握、未掌握,分别得 5、3、1 分,在出院前对 2 组患者进行测试。优:80 ~ 100 分,良:70 ~ 79 分,一般:60 ~ 69 分,未达标:<60 分。

表 2 健康教育计划单

时间	教育内容	标准要求	评价	签名
入院时	介绍病区环境、医院规章制度、主管医生及责任护士	病人了解住院过程中需注意的事项,能说出主管医生和责任护士姓名		
各种检查前	检查项目、目的、注意事项	病人能按要求配合做好检查前准备		
入院 24 h 至术前	介绍疾病相关知识、治疗方法,饮食、卧位指导及床上大小便训练	了解相关知识,卧位符合要求,能适应并正确床上大小便		
	预防便秘知识指导	顺时针腹部按摩,每天 3 组,每组 20 次;腹肌收缩,每天 3 组,每组 20 次		
	预防肺部并发症知识指导	定时深呼吸,每天 3 组,每组 20 次,咳嗽有效		
	预防泌尿系统并发症指导	能配合多饮水,外阴及内裤清洁		
	扩胸运动及上肢伸展运动	每天 3 组,每组 10 次		
	三点支撑引体抬臀运动	白天每 2 h 做 1 组,每晚睡前、夜间醒来和次晨醒后各做 1 组,每组 10 次		
	踝关节背伸跖屈运动及足趾运动	每天 3 ~ 5 组,每组 10 次		
	股四头肌静力性收缩	每天 3 ~ 5 组,每组 10 次		
术前 1 d	术前准备内容、目的、注意事项、心理指导	情绪稳定,配合做好术前准备		
术日(术前)	围手术期用药,导尿目的、注意事项,取下贵重物品	了解相关知识,配合术前准备		
术日(术后)	麻醉及手术后注意事项告知,卧位及翻身指导	了解配合麻醉和手术后注意事项,卧位符合要求,保持患肢外展 30°中立位,两腿间垫三角枕,穿防旋鞋,避免术侧髋关节置于外旋伸直位,翻身时两腿间夹枕头		
术后卧床期间	腓肠肌被动挤压运动	每 2 h 做 1 组,每次 30 ~ 50 次		
术后第 3 天开始	小范围屈髋、屈膝练习,借助牵引床拉环引体抬起上身运动	从 30°开始,最多不超过 90°		
术后第 4 至第 7 天开始	由卧位→坐位→站立→扶拐行走练习	循序渐进,下床前先将床头摇高 45° ~ 60°练习坐位,每天 3 ~ 5 次,每次 23 ~ 30 min;患腿由不负重→部分负重→完全负重,在不引起疼痛情况下逐渐增加行走时间;非骨水泥固定需骨组织慢慢长入假体间隙,一般术后 3 个月才可锻炼,借助拐杖逐渐负重		
	外展肌群的静力收缩运动	每天 3 组,每组 10 个动作		
术后 1 周开始	站立位臀肌及下肢肌肉收缩练习	每天 3 ~ 5 组,每组 10 次		
术后 2 周开始	日常生活活动能力训练	掌握正确更衣(如穿裤时先患侧后健侧)、穿袜(伸髋屈膝位)、穿鞋(穿无需系鞋带的鞋子)等知识		
出院前 3 d 开始	出院指导:①继续做肌力训练;②正确睡姿;③避免坐矮凳、软沙发,忌跷二郎腿、盘腿、下蹲,避免长时间站立或行走,上楼时先健肢后患肢,下楼时先患肢后健肢;④用拐注意事项;⑤定期复查,随时电话咨询。	能正确复述出院后注意事项		

**2.3.4 护理满意度** 在出院前用浙江省统一制定的护理满意度调查表对 2 组患者进行调查,满意度 > 90% 为满意。

**2.4 统计学方法** 采用 SPSS18.0 统计软件对所得数据进行统计学处理,2 组患者性别、手术方式、并发症、健康知识掌握情况及对护理工作满意度的比较采用  $\chi^2$  检验,年龄、护理前 Harris 评分及护理前后 Harris 评分差值的比较采用 t 检验,检验水准  $\alpha = 0.05$ 。

## 3 结果

**3.1 Harris 评分** 护理前 2 组患者 Harris 评分比较,差异无统计学意义,有可比性;护理前后 Harris 评分差值比较,差异有统计学意义(表 3)。

表 3 2 组患者 Harris 评分比较

组别	护理前 Harris 评分	护理后 Harris 评分	护理前后 Harris 评分的差值
观察组	12.50 ± 5.78	90.54 ± 4.18	79.04 ± 4.43
对照组	11.50 ± 4.85	85.33 ± 4.49	72.83 ± 5.84
t 值	1.319	8.450	8.430
P 值	0.657	0.001	0.001

**3.2 并发症发生情况、健康知识掌握情况及护理满意度** 观察组的并发症发生情况、健康知识掌握情况及对护理工作的满意度与对照组比较,差异均有统计学意义(表 4)。

表 4 2 组患者并发症发生情况、健康知识掌握情况、护理满意度比较 例

组别	并发症		健康知识掌握情况		护理满意度	
	有	无	优良	一般、未达标	满意	不满意
观察组	4	95	89	10	92	7
对照组	15	84	62	37	79	20
$\chi^2$ 值	7.044		20.339		7.248	
P 值	0.008		0.000		0.007	

## 4 讨论

行人工髋关节置换术的最终目的是使患者最大限度地恢复髋关节功能,而术后的康复训练是否得当直接影响手术效果的好坏<sup>[2]</sup>。积极正确的康复锻炼能有效地改善和增进全身及局部的血液循环,增强肌

肉力量及髋关节的稳定性,增加髋关节的活动度,尽早恢复肢体和全身功能;同时还能提高机体抵抗力,预防并发症的发生。

在传统健康教育护理中护士很少一对一地参与到患者的康复中,患者只是被动地接受一些指导,目标不明确,锻炼的次数、力度不到位,容易忘记,不能坚持,因而达不到康复的目的。健康教育计划单是按照临床护理路径根据患者不同阶段的治疗和护理需求,制定的标准健康教育流程,并以图文并茂的形式展示给患者,具有直观、易懂、易记、便于患者掌握的特点;由责任护士每天按照计划内容对患者进行讲解和示范并评价患者的掌握情况,直到患者能够自觉采取有利于康复的行为。这样一方面可避免责任护士健康教育的盲目性和随意性,让护士知道怎样做、做什么;另一方面也可避免患者由于健康教育内容过多而产生混乱或因过少而出现知识缺乏<sup>[3]</sup>,不仅调动了患者锻炼的主观能动性,还提高了其自我护理能力,从而真正达到康复的目的;同时还加强了护患之间的沟通,优化了护患关系,提高了其对护理工作的满意度。

综上所述,采用健康教育计划单对人工髋关节置换术患者实施护理,在增强患者康复锻炼的积极性、促进髋关节功能恢复、减少并发症、提高患者掌握健康知识的程度和护理满意度方面优于传统健康教育方法。

## 5 参考文献

- [1] Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty [J]. J Bone Joint Surg Am, 1969, 51(4): 737 - 755.
- [2] 童培建,肖鲁伟. 人工关节置换术并发症防治及术后康复[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 146.
- [3] 崔丽华,王凤霞,李丽,等. 临床路径在全髋关节置换术患者健康教育中的应用[J]. 护理学杂志, 2007, 22(8): 16 - 17.

(2010-02-01 收稿 2011-07-30 修回)

(上接第 73 页) 简便、可早期进行功能锻炼、疗效好等优点,值得临床推广应用。

## 5 参考文献

- [1] 张作君. 肩袖损伤的诊断与治疗——附 102 例报告[J]. 中医正骨, 2006, 18(1): 17 - 18.
- [2] Ellman H, Hanker G, Bayer M. Repair of the rotator cuff end - result study of factors influencing reconstruction[J]. J

Bone Joint Surg Am, 1986, 68(8): 1136 - 1144.

- [3] 傅中国,姜保国,张殿英,等. 肩峰撞击征合并肩袖损伤的治疗[J]. 中华创伤骨科杂志, 2005, 7(9): 814.
- [4] Weber SC. Arthroscopic debridement and acromioplasty versus mini-open repair in the treatment of significant partial-thickness rotator cuff tears[J]. Arthroscopy, 1999, 15(2): 126 - 131. (2011-02-22 收稿 2011-03-02 修回)